

健康保険 資格確認書 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	※記入必須 社員番号 (8桁)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	個人番号または記号・番号の いずれかを記載ください。		生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ			
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

対象者欄	対象者 <input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被保険者 氏名 フリガナ 同上	生年月日 同上	
	被扶養者① 氏名 フリガナ 同上	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	被扶養者② 氏名 フリガナ 同上	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	被扶養者③ 氏名 フリガナ 同上	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

理由欄	1 : マイナ保険証を紛失し、再発行手続き中のため
	マイナ保険証再発行申請日(予定日): <hr/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	※なお、本申請による資格確認書発行については短期発行となります。 (資格確認書有効期限:受付日の翌々月末日)
	2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため
	3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	受付日付印
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------------------	--